

CAPÍTULO 2

Perspectivas e Abordagens da Fase de Bebê

O QUADRO da experiência do bebê sugerido neste livro tem tanto diferenças quanto semelhanças com os quadros atualmente desenhados pela psicanálise e pela psicologia do desenvolvimento. Uma vez que a abordagem adotada por mim toma emprestados métodos e achados da psicologia do desenvolvimento e *insights* da prática clínica, é importante discutir com maiores detalhes os pressupostos de cada disciplina e os problemas de se utilizar juntas ambas as abordagens.

O BEBÊ OBSERVADO E O BEBÊ CLÍNICO

A psicologia do desenvolvimento pode investigar o bebê apenas enquanto o bebê é observado. Para relacionar o comportamento observado à experiência subjetiva, precisamos realizar saltos inferenciais. As inferências claramente serão mais acuradas se a *data base* a partir da qual estamos realizando os saltos for extensa e bem estabelecida. O estudo da experiência intrapsíquica precisa ser informado pelos achados da observação direta, uma vez que a fonte da maioria das novas informações sobre os bebês continua a ser as observações naturalistas e experimentais. Mas no melhor dos casos, as observações das capacidades existentes em um bebê podem apenas ajudar a definir os limites da experiência subjetiva. Para apresentar um relato comple-

to dessa experiência, nós precisamos *insights* da vida clínica, e para essa tarefa necessita-se uma segunda abordagem.

Em contraste com o bebê observado pela psicologia do desenvolvimento, um “bebê” diferente foi reconstruído pelas teorias psicanalíticas no curso da prática clínica (primariamente com adultos). Este bebê é a criação conjunta de duas pessoas, o adulto, que cresceu e se tornou o paciente psiquiátrico, e o terapeuta, que possui uma teoria a cerca da experiência infantil. Esse bebê recriado é feito de memórias, restabelecimentos presentes através da transferência e interpretações teoricamente orientadas. Eu chamo essa criação de *bebê clínico*, a ser distinguido do *bebê observado*, cujo comportamento é examinado no exato momento de sua ocorrência.

Ambas as abordagens são indispensáveis para a presente tarefa de pensar a respeito do desenvolvimento do senso de eu do bebê. O bebê clínico infunde vida subjetiva no bebê observado, enquanto o bebê observado aponta para as teorias gerais sobre as quais podemos construir a vida subjetiva inférda do bebê clínico.

Essa colaboração não era concebível antes da última década. Até aquele momento, o bebê observado dizia respeito principalmente a encontros não-sociais: marcos físicos como sentar e agarrar, ou a emergência das capacidades de perceber e pensar sobre os objetos. O bebê clínico, por outro lado, sempre concernia ao mundo social enquanto subjetivamente experienciado. Na medida em que esses dois bebês envolviam questões diferentes, eles podiam seguir seus próprios caminhos. Sua coexistência não era problemática e seu potencial colaborativo era pequeno.

Mas esse não é mais o caso. Os observadores de bebê recentemente começaram a indagar como e quando os bebês poderiam ver, ouvir, interagir com, sentir a respeito, e compreender outras pessoas tão bem quanto a si próprios. Esses esforços estão alinhando o bebê observado com o bebê clínico, na extensão em que ambos dizem respeito a versões da experiência social vivida pelo bebê, incluindo seu senso de eu. Sua coexistência agora convida a comparações e cooperação.

O problema de nos valermos desses dois bebês differentemente derivados é: em que extensão eles tratam realmente da mesma coisa? Em que extensão eles compartilham bases comuns, de modo a poderem ser reunidos para algum propósito? À primeira vista, ambos os pontos de vista parecem ser sobre a experiência social do bebê real. Se for assim, então cada um deles deveria ser capaz de validar ou invalidar as afirmações do outro. No entanto, muitos acreditam que as duas versões não são, de modo algum, sobre a mesma realidade e que as conceitualizações de um são impérvias aos achados do outro. Nesse caso, não existiriam bases comuns apropriadas para comparação, e possivelmente nem mesmo para cooperação (Kreisler e Cramer, 1981; Lebovici, 1983; Lichtenberg, 1983; Cramer, 1984; Gautier, 1984).

O diálogo entre essas duas visões da fase de bebê e como elas podem influenciar uma a outra é um tema secundário deste livro. O modo como elas juntas podem iluminar o desenvolvimento do senso de eu do bebê é o tema primário. Para ambos os propósitos, seria importante examinarmos mais completamente cada visão.

A fase de bebê clínica é uma construção muito especial. Ela é criada para dar sentido a todo o período inicial da história de vida de um paciente, uma história que emerge no curso de seu relato para uma outra pessoa. Isso é o que muitos terapeutas querem dizer quando declaram que a terapêutica psicanalítica é uma forma especial de criação de história, uma narrativa (Spence, 1976; Ricoeur, 1977; Schafer, 1981). A história é descoberta, assim como alterada, tanto pelo contador quanto pelo ouvinte, no curso do relato. A verdade histórica é estabelecida por aquilo que é contado, não pelo que realmente aconteceu. Essa visão abre as portas para a possibilidade de que qualquer narrativa a respeito da vida de alguém (especialmente do início de vida de alguém) possa ser tão válida quanto a próxima. Na verdade, há teorias concorrentes, ou narrativas potenciais, a respeito de como foi realmente a vida inicial. As narrativas sobre a vida inicial conforme Freud, Erikson, Klein, Mahler e Kohut seriam todas de certa forma diferentes, até mesmo para o mesmo material clínico. Cada teórico selecionou diferentes aspectos da experiência como os mais centrais, de modo que cada um produziria uma história-de-vida-sentida diferente para o paciente.

Considerado dessa forma, algum relato narrativo poderia ser validado por aquilo que se pensou ocorrer na fase de bebê? Schafer (1981) argumenta que não. Ele sugere que as narrativas terapêuticas não explicam ou refletem, simplesmente, o que realmente aconteceu anteriormente; elas também criam a experiência real de viver ao especificar o que deve ser observado e o que é mais saliente. Em outras palavras, a vida-real-conforme-experienciada torna-se um produto da narrativa, e não o contrário. O passado é, em certo sentido, uma ficção. Nessa visão, a noção de validação mútua entre o bebê clínico (narrado) e o bebê observado está fora de questão. Não existem bases comuns⁽¹⁾.

Ricoeur (1977) assume uma posição menos extrema. Ele não acredita, como Schafer, que não existam bases comuns para validação externa. Se fosse assim, argumenta ele, isso “transformaria as declarações psicanalíticas na retórica da persuasão, sob o pretexto de que é a aceitabilidade do relato para o paciente o que é efetivo em termos terapêuticos” (p. 862).

Ricoeur sugere que há algumas hipóteses gerais sobre como a mente funciona e se desenvolve, que existem independentemente das muitas narrativas que poderiam ser construídas — por exemplo, a seqüência progressiva do relacionar-se com objetos ou pessoas. Essas hipóteses gerais podem ser potencialmente testadas ou fortemente apoiadas pela observação direta ou pela evidência existente fora da narrativa particular de qualquer pessoa e

fora da psicanálise. Uma vantagem da posição de Ricoeur é que ela proporciona ao bebê clínico fontes de informação independentes grandemente necessárias para ajudar a examinar as hipóteses gerais implícitas que participam na construção da narrativa de vida. O bebê observado poderia ser essa fonte.

Eu concordo totalmente com a posição de Ricoeur, que proporciona grande parte do motivo lógico para prosseguir da forma como faço neste livro, mas com o entendimento de que esta posição se aplica à metapsicologia, não à história-sentida reconstruída de qualquer paciente.

Há uma terceira consideração que se relaciona a essa questão de pontos de vista contrastantes, parcialmente incompatíveis. O atual *Zeitgeist*⁽²⁾ científico possui uma certa força persuasiva e legitimizadora para determinar o que seria uma visão razoável das coisas. E neste momento o *Zeitgeist* favorece os métodos observacionais. A visão prevalente do bebê mudou dramaticamente nos últimos anos e continuará a mudar. Fundamentalmente, será motivo de inquiétude e questionamento se a visão psicanalítica da fase de bebê se tornar muito divergente e contraditória em relação à abordagem observacional. Como campos relacionados, presumivelmente a respeito do mesmo sujeito em questão, ainda que de perspectivas diferentes, eles não irão tolerar uma dissidência excessiva, e atualmente parece que é a psicanálise que terá de ceder. (Essa posição pode parecer supremamente relativista, mas a ciência avança ao mudar paradigmas de como as coisas devem ser vistas. Esses paradigmas são basicamente sistemas de crenças.) Assim, a mútua influência entre o bebê observado e o clínico resultará tanto de uma confrontação direta daquelas questões específicas que as duas visões podem contestar, como Ricoeur conclui, quanto do senso crescente da natureza da fase de bebê, para o que ambas as visões contribuem. Esse processo gradualmente determinará o que parece aceitável, convincente e de acordo com o senso comum.

O bebê observado também é uma construção especial, uma descrição das capacidades que podem ser observadas diretamente: a habilidade para se mover, sorrir, procurar novidades, discriminar o rosto da mãe, codificar lembranças, e assim por diante. Essas observações, elas próprias, pouco revelam sobre como é a “qualidade sentida” da experiência social vivida. Além disso, elas pouco nos dizem sobre as estruturas organizacionais mais elevadas que tornariam o bebê observado mais do que uma crescente lista de capacidades que é organizada e reorganizada. Tão logo nós tentamos fazer inferências sobre as reais experiências do bebê real — isto é, estabelecer qualidades da experiência subjetiva tal como um senso de *eu* — nós temos de recorrer à nossa própria experiência subjetiva como a fonte principal de inspiração. Mas é esse exatamente o domínio do bebê clínico. O único depósito de tal informação são nossas próprias narrativas de vida, como foi viver nossas próprias vidas sociais. Aqui, então, está o problema: a vida subjetiva do adulto, enquanto autonarrada, é a principal fonte de inferência a respeito da qualidade sentida da experiência social do bebê. Um grau de circularidade é inevitável.

Cada visão do bebê tem aspectos que a outra não tem. O bebê observado contribui com as capacidades que podem ser prontamente testemunhadas; o bebê clínico contribui com certas experiências subjetivas que são aspectos fundamentais e comuns da vida social⁽³⁾.

A junção parcial desses dois bebês é essencial por três razões. Primeiro, precisa haver uma maneira de os acontecimentos reais — isto é, eventos observáveis (“mamãe fez isso e aquilo...”) — serem transformados nas experiências subjetivas que os clínicos chamam de intrapsíquicas (“eu experiencei mamãe como sendo...”). É essa encruzilhada que envolve a participação de ambos os bebês, o observado e o clínico. Embora as duas perspectivas não se sobreponham, elas na verdade tocam uma na outra em certos pontos, para criar uma interface. Jamais poderemos entender a gênese da psicopatologia sem essa interface. Segundo, o terapeuta que estiver mais familiarizado com o bebê observado poderá estar na posição de ajudar os pacientes a criarem narrativas de vida mais apropriadas. Terceiro, o observador de bebês que estiver mais familiarizado com o bebê clínico poderá estar pronto a conceber novas direções para a observação⁽⁴⁾.

PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO AO SUJEITO EM QUESTÃO DO DESENVOLVIMENTO

A perspectiva psicanalítica

A psicologia do desenvolvimento vê a maturação das novas capacidades (tal como a coordenação mão-olho, memória de evocação e autoconsciência) e sua reorganização como o tema em questão apropriado das mudanças do desenvolvimento. Para fins de utilidade clínica e de uma explicação subjetiva, a psicanálise precisou dar um passo adiante e definir as progressivas reorganizações em termos de princípios organizadores mais amplos do desenvolvimento ou da vida mental. A progressão no desenvolvimento em Freud, do estágio oral para o anal e para o genital, foi vista como a reorganização seqüencial do impulso, ou da natureza do id. A progressão que ocorre no desenvolvimento de Erikson, da confiança para a autonomia e para a atividade, foi vista como a reorganização seqüencial do ego e das estruturas de caráter. Da mesma forma, a progressão de Spitz, dos princípios organizadores, referia-se a uma reestruturação dos precursores do ego. A progressão no desenvolvimento de Mahler, do autismo normal para a simbiose normal e para a separação-individuação referia-se a uma reestruturação do ego e do id, mas nos termos da experiência de *eu* e *outro* do bebê. A progressão desenvolvimental de Klein (posições depressiva, paranóide e es-

quizóide) também se referia à reestruturação da experiência de eu e outro, mas de modo muito diferente.

A explicação para o desenvolvimento descrita neste livro, na qual os novos senso do eu servem como os princípios organizadores do desenvolvimento, está mais próxima às explicações de Mahler e Klein, pois sua preocupação central, da mesma forma, é com a experiência de eu e de outro do bebê. As diferenças estão naquilo que se considera ser a natureza dessa experiência, na ordem da seqüência de desenvolvimento e no meu foco sobre o desenvolvimento do senso de eu, não dificultado ou confundido pelas questões do desenvolvimento do ego ou do id.

As teorias do desenvolvimento psicanalítico compartilham uma outra premissa. Todas elas supõem que o desenvolvimento progride de um estágio para o seguinte e que cada estágio é não apenas uma fase específica para o desenvolvimento do ego ou do id, mas também específica para certas questões protoclínicas. Com efeito, as fases do desenvolvimento dizem respeito ao lidar inicial do bebê com um tipo específico de questão clínica que pode ser visto na forma patológica em etapas posteriores da vida. Isso é o que Peterfreund (1978) e Klein (1980) querem dizer com um sistema de desenvolvimento que é tanto patomórfico quanto retrospectivo. Mais especificamente, Peterfreund fala de “duas falácias conceituais fundamentais, especialmente características do pensamento psicanalítico: a adultomorfogenização da fase de bebê e a tendência a caracterizar os estados iniciais do desenvolvimento normal nos termos das hipóteses relativas a estados de psicopatologia posteriores” (p. 427).

É dessa forma que as fases de Freud de oralidade, analidade e assim por diante, se referem não apenas a estágios do desenvolvimento do impulso, mas a períodos potenciais de fixação — isto é, a pontos específicos da origem da patologia — que mais tarde resultarão em entidades psicopatológicas específicas. Da mesma forma, Erikson procurou, em suas fases do desenvolvimento, as raízes específicas da patologia de ego e de caráter posteriores. E na teoria de Mahler, a necessidade de compreender os fenômenos clínicos posteriores tais como o autismo infantil, a psicose simbiótica da infância e a superdependência inicialmente conduziu à postulação da ocorrência dessas entidades, em alguma forma preliminar, mais cedo no desenvolvimento.

Esses psicanalistas são teóricos do desenvolvimento trabalhando em sentido contrário no tempo. Seu objetivo primário era ajudar no entendimento do desenvolvimento da psicopatologia. Essa era, de fato, uma tarefa de urgência terapêutica, uma tarefa com a qual nenhuma outra psicologia do desenvolvimento estava trabalhando. Mas isso os forçou a colocar, em um papel central no desenvolvimento, questões clínicas patomorficamente escolhidas, vistas no adulto.

Em contraste, a abordagem assumida aqui é normativa, em vez de patomórfica, e prospectiva, em vez de retrospectiva. Embora as disruptões no desenvolvimento de qualquer senso de eu possam ser preditivas de patologia

posterior, os diferentes sensos de *eu* visam descrever o desenvolvimento normal e não explicar a ontogenia das formas patogênicas (o que não significa que fundamentalmente eles não possam ser úteis nessa tarefa).

As teorias psicanalíticas têm um outro pressuposto, o de que a fase patomorficamente designada em que uma questão clínica está se processando no desenvolvimento é um período suscetível em termos etológicos. Todas as questões clínicas separadas, tais como oralidade, autonomia ou confiança, têm um período de tempo limitado, uma fase específica em que a questão clínica de fase específica designada “chega à sua ascendência, vive sua crise e descobre sua solução permanente através de um encontro decisivo com o ambiente” (Sander, 1962, p. 5). Dessa forma, cada idade ou fase torna-se um período suscetível, quase crítico, para o desenvolvimento de uma única questão clínica de fase específica ou aspecto de personalidade. As seqüências de Freud, Erikson e Mahler são exemplos por excelência. Em tais sistemas, cada questão (por exemplo, simbiose, confiança ou oralidade) se encerra com sua própria época distinta. O resultado é um desfile de épocas específicas, em que todas as questões clínicas mais básicas da vida passam pelas arquibancadas, cada uma por sua vez.

Essas questões clínicas realmente definem as fases de idade específica? Será que a sucessão de diferentes questões clínicas predominantes explica os importantes saltos no relacionar-se social que os observadores e pais prontamente notam? Do ponto de vista do psicólogo do desenvolvimento, existem sérios problemas quando utilizamos as questões clínicas para descrever significativamente as fases do desenvolvimento. As questões clínicas básicas de autonomia e independência oferecem um bom exemplo.

Como identificar os eventos cruciais que poderiam definir uma fase que é específica para as questões de autonomia e independência? Tanto Erikson (1950) quanto Freud (1905) situaram o encontro decisivo para esta questão clínica em torno do controle do funcionamento esfincteriano, por volta dos vinte e quatro meses. Spitz (1957) situou o encontro decisivo na capacidade de dizer “não”, ao redor dos quinze meses. Mahler (1968, 1975) considerou como o evento decisivo para a autonomia e independência a capacidade dos bebês de caminhar, de afastar-se da mãe pela própria iniciativa, começando por volta dos doze meses. O momento desses três encontros decisivos discorda em um ano inteiro, a metade da vida da criança de dois anos. Essa é uma grande discordância. Qual dos autores está certo? Todos eles estão certos, e isso é tanto o problema quanto o ponto.

De fato, há outros comportamentos que podem igualmente ser identificados como um critério para a autonomia e a independência. A interação entre mãe e bebê mantida com o comportamento do olhar mútuo durante o período dos três aos seis meses, por exemplo, é surpreendentemente parecida com a interação entre mãe e bebê efetuada com comportamentos locomotores durante o período dos doze aos dezoito meses. Durante o período dos

três aos cinco meses, as mães dão ao bebê o controle — ou melhor, os bebês assumem o controle — do início e término do contato visual nas atividades sociais (Stern, 1971, 1974, 1977; Beebe e Stern, 1977; Messer e Vietze). Deve ser lembrado que nesse período da vida o bebê não pode caminhar e tem pouco controle sobre o movimento dos membros e a coordenação mão-olho. No entanto, o sistema visual-motor está virtualmente maduro, de modo que o bebê é um parceiro interativo notavelmente capaz no comportamento do olhar mútuo. E o olhar mútuo é uma forma poderosa de comunicação social. Quando observamos os padrões do olhar mútuo da mãe e do bebê, durante esse período de vida, estamos observando duas pessoas com facilidade e controle quase iguais sobre o mesmo comportamento social(5).

À luz disso, torna-se óbvio que os bebês exercem um controle maior sobre o início, manutenção, término e evitação do contato social com a mãe; em outras palavras, eles ajudam a regular o contato. Além disso, ao controlar a sua própria direção do olhar, eles auto-regulam o nível e a quantidade da estimulação a que estão sujeitos. Eles podem desviar o olhar, fechar os olhos, olhar além, ficar com os olhos vidrados. E através do uso decisivo desses comportamentos de olhar, podemos ver que eles rejeitam, distanciam-se ou protegem-se da mãe (Beebe e Stern, 1977; Stern, 1977; Beebe e Sloate, 1982). Eles também podem reiniciar o vínculo e o contato quando desejarem, através do olhar, sorriso e vocalização.

A maneira pela qual os bebês regulam sua própria estimulação e contato social através do comportamento de olhar é bastante semelhante, para a questão genérica da autonomia e independência, à maneira pela qual eles realizam a mesma coisa nove meses mais tarde, afastando-se e retornando para o lado da mãe(6). Por que, então, não devemos considerar o período dos três aos seis meses, também, como de fase específica para a questão da autonomia e independência, tanto como revelado no comportamento quanto como experienciado subjetivamente?(7).

As mães sabem muito bem que os bebês podem afirmar sua independência e dizer um decisivo “NÃO” desviando o olhar aos quatro meses, por gestos e entonação vocal aos sete meses, afastando-se correndo aos quatorze meses e pela linguagem aos dois anos. A questão clínica básica da autonomia ou independência está operando inherentemente em todos os comportamentos sociais que regulam a quantidade ou a qualidade do contato. A decisão, então, sobre aquilo que constitui o evento decisivo que torna a autonomia ou independência a questão de fase específica parece ter mais a ver com os saltos maturacionais em nível cognitivo ou com capacidades motoras que estão fora das considerações de autonomia e independência *per se*. São essas habilidades e capacidades o desiderato real na definição que cada teórico dá a uma fase. E cada teórico utiliza um critério diferente.

Aqueles que estão convencidos de que realmente existem questões clínicas básicas, fases específicas de tempo fechado, argumentariam que todas as

questões clínicas certamente estão sendo negociadas todo o tempo, mas que ainda há o aspecto da predominância, de que uma questão da vida é relativamente mais proeminente em algum período de vida. Certamente, em algum dado ponto no desenvolvimento, os novos comportamentos que são usados para conduzir questões em processo podem ser mais dramáticos (por exemplo, as formas que a autonomia e a independência assumem nos “terríveis dois anos”), e essas novas formas podem também exigir uma maior pressão socializadora que atrai muito mais atenção para elas. Mas a necessidade de maior pressão socializadora é amplamente determinada em termos culturais⁽⁸⁾. Os “terríveis dois anos” não são terríveis em todas as sociedades.

Conseqüentemente, parece provável que uma relativa predominância de questões protoclínicas em um período de idade particular seja ilusório e emerja de necessidades e preconceitos teóricos, metodológicos ou clínicos em conjunção com pressões culturais. Está nos olhos do observador, não na experiência do bebê. Além disso, se alguém seleciona uma questão de vida específica e dedica uma época do desenvolvimento para sua resolução clínica, o quadro do processo de desenvolvimento necessariamente será distorcido. Aparecerão narrativas clínicas potenciais, não bebês observáveis. Não há bases convincentes, do ponto de vista observacional, para considerar questões clínicas básicas como definidoras totais adequadas de fases ou estágios do desenvolvimento⁽⁹⁾.

Questões clínicas são para toda vida, não fases da vida. Conseqüentemente, as questões clínicas não conseguem explicar as mudanças no desenvolvimento do “sentir” social do bebê ou na perspectiva subjetiva do bebê em relação à vida social.

Existe um problema adicional se tornamos essas tradicionais questões clínico-desenvolvimentais o assunto principal de fases seqüenciais suscetíveis da vida. Apesar do fato de essas visões terem sido prevalentes por muitas décadas, até agora não houve estudos longitudinais prospectivos que apóiem as previsões muito claras dessas teorias. Danos e trauma psicológicos em uma idade ou fase específica devem resultar mais tarde em tipos específicos predizíveis de problemas clínicos. Não existe tal evidência⁽¹⁰⁾.

A perspectiva dos desenvolvimentalistas clinicamente orientados

Para aqueles que observam os bebês diretamente, certamente parece haver fases de desenvolvimento. Essas fases, contudo, não são vistas em termos de questões clínicas posteriores, mas, ao contrário, em termos de tarefas adaptativas daquele momento que surgem em virtude da maturação das capacidades físicas e mentais do bebê. O resultado é uma progressão das questões do desenvolvimento que a diáde deve negociar junto, para a adaptação, a fim de prosseguir. É dessa perspectiva que Sander (1964) descreveu as seguintes fases: regulação fisiológica (de zero a três meses); regulação da

troca recíproca, especialmente modulação social-afetiva (dos três aos seis meses); a regulação conjunta da iniciação do bebê nas trocas sociais e na manipulação do ambiente (dos seis aos nove meses); a focalização das atividades (dos dez aos quatorze meses); e a auto-asserção (dos quinze aos vinte meses). Greenspan (1981) desenvolveu uma seqüência de estágios de certa forma similar, exceto que a sua desvia-se ainda mais do comportamento prontamente observável e incorpora alguns dos princípios organizadores da psicanálise e da teoria do apego. Os estágios que ele propõe são, assim, mais heterogêneos: homeostase (dos zero aos três meses); apego (dos dois aos sete meses); diferenciação somatopsicológica (dos três aos sete meses); organização, iniciativa e internalização comportamentais (dos nove aos vinte e quatro meses); e capacidade, diferenciação e consolidação representacionais (dos nove aos vinte e quatro meses).

A maioria dos observadores das interações progenitor-bebê concordaria que tais sistemas descritivos capturam, mais ou menos, muitas das importantes mudanças do desenvolvimento. Embora vários detalhes desses sistemas descritivos sejam discutíveis, os sistemas são clinicamente úteis para se avaliar e tratar diádes progenitor-bebê em situação difícil. O ponto central aqui não é a validade dessas descrições, mas a natureza da perspectiva tomada por elas. Elas vêm a diáde como a unidade do foco e a vêm em termos de tarefas adaptativas. Isso está a uma grande distância de qualquer consideração da provável experiência subjetiva do bebê. Os bebês lidam com seu negócio de crescer e desenvolver-se, e entidades abstratas como homeostase, regulação recíproca e assim por diante não são uma parte concebivelmente significativa de sua experiência social subjetiva. E, no entanto, é exatamente com a experiência subjetiva do bebê que nós nos preocupamos mais nesta investigação.

A teoria do apego, do modo como se desenvolveu a partir de suas origens na psicanálise e etologia (Bowlby, 1969, 1973, 1980) para incluir os métodos e perspectivas da psicologia do desenvolvimento (Ainsworth e Wittig, 1969; Ainsworth e colegas, 1978) veio a abranger muitos níveis do fenômeno. Em vários níveis, o apego é um conjunto de comportamentos do bebê, um sistema motivacional, um relacionamento entre mãe e bebê, uma construção teórica e uma experiência subjetiva para o bebê na forma de "modelos funcionais".

Alguns níveis do apego, tais como os padrões de comportamento que mudam para manter o apego em diferentes idades, podem prontamente ser vistos como fases seqüenciais do desenvolvimento, enquanto outros, como a qualidade do relacionamento mãe-bebê, são questões para toda vida (Sroufe e Waters, 1977; Sroufe, 1979; Hinde, 1982; Bretherton e Waters).

A maioria dos teóricos do apego, talvez em virtude de sua fundamentação na psicologia acadêmica, tem sido lenta para assimilar a noção de Bowlby de que embora o apego seja uma perspectiva em relação à evolução, à espécie e à diáde individual, ele é também uma perspectiva em relação à experiência subjetiva do bebê na forma do seu modelo funcional de mãe. Só recentemente,

os pesquisadores voltaram sua atenção para a noção de Bowlby sobre o modelo funcional da mãe na mente do bebê. Atualmente, vários pesquisadores (Bretherton; Main e Kaplan; Osofsky, 1985; Sroufe, 1985; Sroufe e Fleeson, 1985) estão buscando mais além para tornar o construto do apego significativo no nível da experiência subjetiva do bebê (11).

A perspectiva dos senso do eu em desenvolvimento

O presente relato, mesmo na forma de uma hipótese funcional, compartilha muitos aspectos tanto com a teoria psicanalítica tradicional quanto com a teoria do apego. São necessárias teorias de ordem mais elevada, para servirem como os princípios organizadores do desenvolvimento. A esse respeito, o relato está de acordo com ambas as teorias. Ele difere delas porque o princípio organizador refere-se ao senso subjetivo de eu. Embora a Psicologia do Eu esteja emergindo como uma teoria terapêutica coerente, que coloca o eu como uma estrutura e processo em posição central, ainda não houve tentativas sistemáticas de considerar o senso de eu como um princípio organizador desenvolvimental, apesar de terem sido feitas algumas especulações nesse sentido (por exemplo, Tolpin, 1971, 1980; Kohut, 1977; Shane e Shane, 1980; Stechler e Kaplan, 1980; Lee e Noam, 1983; Stolerow, e colaboradores, 1983). E ainda não está claro quão compatível a presente visão do desenvolvimento será com os princípios da Psicologia do Eu como uma teoria clínica para adultos.

Certamente, Mahler e Klein e a escola das relações objetais focaram a experiência de eu-e-outro, mas principalmente como o resultado do desenvolvimento libidinal ou do ego, ou secundário a ele. Essas teóricas nunca consideraram o senso de eu como o princípio organizador primário.

Este relato, centrando-se no senso de eu-e-outro, tem em seu ponto de partida a experiência subjetiva inferida do bebê. Nesse ponto de vista, ele é único. As experiências subjetivas, elas próprias, são suas partes funcionais principais, ao contrário das partes principais das teorias psicanalíticas, que são o ego e o id, a partir dos quais se derivam as experiências subjetivas.

A PROGRESSÃO COMO DESENVOLVIMENTO DO SENSO DE EU

Na medida em que emergem os novos comportamentos e capacidades, eles são reorganizados para formarem perspectivas subjetivas organizadoras em relação ao eu e ao outro. O resultado é a emergência, em saltos impor-

tantes, de diferentes senso do eu. Eles serão brevemente delineados aqui. Na parte 2, capítulos separados são dedicados a cada um deles.

Existe, para começar, o eu físico que é experienciado como uma entidade coerente, intencional, física, com uma única vida afetiva e história que pertencem a ela. Esse eu geralmente opera fora da consciência. Ele é tomado como certo, e inclusive é difícil verbalizar a respeito. É um senso de eu experencial, que eu chamo de *senso de um eu nuclear*⁽¹²⁾. O senso de um eu nuclear é uma perspectiva que se apóia na ação de muitas capacidades interpessoais. E quando essa perspectiva se forma, o mundo social subjetivo é alterado e a experiência interpessoal opera em um domínio diferente, o *domínio de um relacionar-se nuclear*. Essa transformação ou criação do desenvolvimento ocorre em algum momento entre o segundo e o sexto mês de vida, quando os bebês sentem que eles e a mãe são bem separados fisicamente, são agentes diferentes, possuem experiências afetivas distintas e histórias separadas.

Existe apenas uma perspectiva subjetiva organizadora possível em relação ao eu-e-outro. Em algum momento, entre o sétimo e o nono mês de vida, os bebês começam a desenvolver uma segunda perspectiva organizadora. Isso acontece quando eles “descobrem” que existem outras mentes lá fora, assim como a sua própria. O eu e o outro não são mais apenas entidades nucleares de presença física, ação, afeto e continuidade. Eles agora incluem estados mentais subjetivos — sentimentos, motivos, intenções — que estão por trás dos acontecimentos físicos no domínio do relacionar-se nuclear. A nova perspectiva subjetiva organizadora define um eu e outro qualitativamente diferentes que são capazes de “ter em mente” estados mentais não vistos, mas inferíveis, tais como intenções ou afetos, que orientam o comportamento manifesto. Esses estados mentais tornam-se agora o sujeito em questão do relacionar-se. Esse novo *senso de um eu objetivo* abre a possibilidade para a intersubjetividade entre o bebê e o progenitor e opera em um novo domínio do relacionar-se — o *domínio de relacionar-se intersubjetivo* — que é um salto importante para além do domínio do relacionar-se nuclear. Os estados mentais entre as pessoas podem ser “interpretados”, combinados, igualados ou sintonizados (ou mal-interpretados, mal-combinados, mal-igualados ou mal-sintonizados). A natureza do relacionar-se foi dramaticamente expandida. É importante observar que o domínio do relacionar-se intersubjetivo, como aquele do relacionar-se nuclear, acontece fora da consciência e sem ser expresso verbalmente. De fato, à experiência do relacionar-se intersubjetivo, como àquela do relacionar-se nuclear, podemos apenas aludir; ela não pode realmente ser descrita (embora os poetas possam evocá-la).

O senso de um eu e um outro subjetivos apóia-se em capacidades diferentes daquelas necessárias ao senso de um eu nuclear. Elas incluem as capacidades de compartilhar um foco de atenção, de atribuir aos outros intenções e motivos e de apreendê-los corretamente, e de atribuir aos outros a existência

de estados de sentimento e perceber se eles são ou não congruentes com o estado de sentimento da própria pessoa.

Por volta dos quinze aos dezoito meses, o bebê desenvolve ainda uma terceira perspectiva subjetiva organizadora em relação ao eu e ao outro, que é o senso de que o eu (e o outro) possui um depósito de conhecimento e experiência do mundo pessoal ("Eu sei que há suco no refrigerador, e eu sei que estou com sede"). Além disso, esse conhecimento pode ser objetificado e representado como símbolos que transmitem significados para serem comunicados, compartilhados e até mesmo criados pelas mútuas negociações permitidas pela linguagem.

Uma vez que o bebê é capaz de criar significados compartilháveis em relação ao eu e ao mundo, está formado o *senso de um eu verbal* que opera no *domínio do relacionar-se verbal*. Esse é um domínio qualitativamente novo com possibilidades expansíveis, quase ilimitadas, para os acontecimentos interpessoais. Novamente, esse novo senso de eu apóia-se em um novo conjunto de capacidades: objetificar o eu, ser auto-reflexivo, compreender e produzir linguagem.

Até o momento, discutimos três diferentes senso de eu e outro, e três domínios diferentes do relacionar-se, que se desenvolvem entre a idade de dois meses e o segundo ano de vida do bebê. Nada foi dito ainda sobre o período do nascimento aos dois meses. Ele agora pode ser preenchido.

Durante esse primeiríssimo período, um senso do mundo, incluindo um senso de eu, está emergente. Os bebês empenham-se ativamente na tarefa de relacionar diversas experiências. Suas capacidades sociais estão operando com uma vigorosa direcionalidade para o objetivo, a fim de assegurar interações sociais. Essas interações produzem afetos, percepções, eventos sensório-motores, lembranças e outras cognições. Alguma integração entre diversos acontecimentos é feita de modo inato. Por exemplo, se os bebês podem sentir uma forma ao tocar um objeto, eles saberão como o objeto deve ser sem jamais tê-lo visto antes. Outras integrações não são tão automáticas, mas são aprendidas rapidamente. Um encadeamento lógico forma-se rapidamente e os bebês expericiam a emergência da organização. O *senso de um eu emergente* está no processo de vir a ser. A experiência é a da emergência de redes sendo integradas e nós podemos nos referir ao seu domínio como o *domínio do relacionar-se emergente*. No entanto, as redes integrativas que estão se formando ainda não estão abarcadas por uma única perspectiva subjetiva organizadora. Essa será a tarefa do salto desenvolvimental para o domínio do relacionar-se nuclear.

Os quatro principais senso de eu e os domínios do relacionar-se que foram descritos ocuparão grande parte deste livro. Os quatro senso do eu conformam-se, em seu momento de emergência, às mudanças maiores no desenvolvimento que foram observadas. A modificação no sentir social de um bebê, com a emergência de cada senso de eu também está de acordo com a

natureza dessas mudanças. Como acontece com a “ação” predominante entre progenitor e criança, que muda dos eventos físicos e de ação para os eventos mentais que formam a base do comportamento manifesto, e então para os significados dos eventos. Antes de examinarmos mais a fundo esses senso e domínios, todavia, nós precisamos tratar da questão dos períodos suscetíveis e tornar claro que estamos lidando não apenas com fases sucessivas, mas também com domínios de auto-experiência simultâneos.

Já que os quatro domínios do relacionar-se se desenvolvem sucessivamente, um depois do outro, o que acontece a cada domínio quando aparece o seguinte? Será que cada senso de eu permanece intacto na presença dos novos, de modo a coexistirem? Ou será que a emergência de cada novo senso de eu eclipsa os existentes, de modo que as fases seqüenciais aumentam e desaparecem?

O quadro tradicional, tanto do bebê clínico quanto do bebê observado, conduz a uma visão de fases seqüenciais. Em ambos os sistemas de desenvolvimento, a visão de mundo do bebê muda dramaticamente na medida em que cada novo estágio é introduzido, e o mundo é visto dominante, se não exclusivamente, em termos da organização do novo estágio. O que acontece, então, às fases prévias, às anteriores visões de mundo? Ou elas são eclipsadas e caem fora, ou, como Werner (1948) sugere, elas permanecem dormentes, mas são integradas à organização emergente e dessa forma perdem grande parte de seu caráter anterior. Como Cassirer (1955) coloca, o advento de um estágio mais elevado “não destrói a fase anterior, mas a inclui em sua própria perspectiva” (p. 477). Isso também acontece no sistema de Piaget.

Nessas progressões do desenvolvimento de fases, é possível retornar a algo semelhante a uma fase anterior. Mas são necessários processos e condições especiais para empurrar a pessoa de volta, no tempo do desenvolvimento, para experienciar o mundo de uma maneira semelhante a que era experienciado anteriormente. Nas teorias clínicas, a regressão serve a esse propósito. No sistema de Werner e Kaplan (1963), a pessoa pode mover-se para cima e para baixo na espiral ontogênica. Pensa-se que esses retornos a modos prévios e mais globais de experiência ocorrem principalmente sob condições de desafio, estresse, conflito, malogro da adaptação ou fadiga, e nos estados de sonho, condições psicopatológicas ou estados em que há uso de droga. Com exceção dessas regressões, as visões de mundo que se desenvolvem são principalmente sucessivas e seqüenciais, não simultâneas. As organizações em vigor da experiência incluem as anteriores. Elas não coexistem. Essa progressão no desenvolvimento está esquematizada na Figura 2.1, em que (a) poderia representar a oralidade, confiança, autismo normal; (b) analidade, autonomia; (c) genitalidade, e assim por diante.

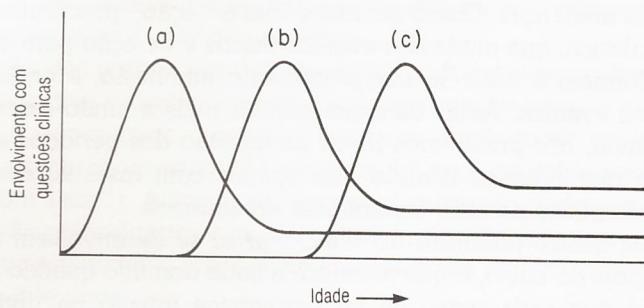


Figura 2.1

Essa visão do desenvolvimento pode ser a mais sensata quando estamos considerando a progressão como desenvolvimento de certas habilidades mentais ou capacidades cognitivas, mas essa não é a presente tarefa. Nós estamos tentando considerar o senso de eu como ele ocorre nos encontros interpessoais, e nessa esfera subjetiva a simultaneidade de senso de eu parece estar mais próxima à experiência comum. E nenhuma condição ou processo extraordinários precisam estar presentes para permitir o movimento de um lado para outro entre as experiências em diferentes domínios, isto é, entre diferentes senso de eu.

Uma ilustração a partir da experiência adulta nos ajudará a entender a simultaneidade dos senso de eu. Fazer amor, um evento interpessoal completamente envolvente, envolve primeiro o senso de eu e do outro como entidades físicas separadas, como formas em movimento — uma experiência no domínio do relacionar-se nuclear, sendo que o senso da auto-agência, vontade e ativação está incluído nos atos físicos. Ao mesmo tempo, ela envolve a experiência de sentir o estado subjetivo do outro: desejo compartilhado, intenções iguais e estados mútuos de excitação simultaneamente mutantes, que ocorrem no domínio do relacionar-se intersubjetivo. E se um dos amantes diz pela primeira vez “Eu te amo”, as palavras resumem o que está ocorrendo nos outros domínios (abarcados pela perspectiva verbal) e talvez introduzam uma nota inteiramente nova a respeito do relacionamento do casal, que pode mudar o significado da história que conduziu e se seguirá ao momento em que foram ditas. Esta é uma experiência no domínio do relacionar-se verbal.

E o domínio do relacionar-se emergente? Esse é o menos prontamente aparente, mas não obstante está presente. Podemos, por exemplo, “nos perder” na cor dos olhos do outro, como se os olhos momentaneamente não fossem parte do outro nuclear, não estivessem relacionados ao estado mental da pessoa, fossem descobertos recentemente e estivessem fora de qualquer rede organizadora mais ampla. No instante em que o “olho colorido” volta a

pertencer ao outro conhecido, uma experiência emergente ocorreu, uma experiência no domínio do relacionar-se emergente(13).

Vemos que a experiência subjetiva das interações sociais parece ocorrer simultaneamente em todos os domínios do relacionar-se. Podemos certamente prestar atenção a um domínio, por um instante, com exclusão parcial dos outros, mas os outros prosseguem como experiências distintas, fora da consciência, mas acessíveis a ela. De fato, grande parte do que se quer dizer com “socializar” visa focar a consciência em um único domínio, usualmente o verbal, declarando-o a versão oficial do que está sendo experienciado, enquanto nega a experiência nos outros domínios (versões “não-oficiais” do que está acontecendo). Não obstante, a atenção pode mudar, e realmente muda com certa fluidez, da experiência em um domínio para a de outro. Por exemplo, a linguagem no âmbito interpessoal é largamente a explicação (no domínio verbal) de experiências concomitantes em outros domínios, além de alguma coisa mais. Se você pede a alguém para fazer alguma coisa e essa pessoa responde: “Não o farei. Estou surpreso de você ter pedido!”, ela pode ao mesmo tempo erguer a cabeça e jogá-la levemente para trás, erguer as sobrancelhas e assumir um ar de menosprezo. O significado desse comportamento não-verbal (que está no domínio do relacionar-se nuclear e do relacionar-se intersubjetivo) foi bem expressado na linguagem. No entanto, esses atos físicos retêm características experienciais distantes. Realizá-los ou ser o alvo deles envolve experiências que situam-se fora da própria linguagem.

Todos os domínios do relacionar-se permanecem ativos durante o desenvolvimento. O bebê não supera nenhum deles; nenhum deles se atrofia, nenhum se torna obsoleto como desenvolvimento ou é deixado para trás. E uma vez que todos os domínios estão disponíveis, não há nenhuma garantia de que qualquer um dos domínios irá necessariamente reivindicar a preponderância durante qualquer período particular de idade. Nenhum deles tem um *status privilegiado* todo o tempo. Uma vez que existe uma sucessão temporal de emergência de cada domínio durante o desenvolvimento — primeiro emergente, depois nuclear, depois subjetivo, depois verbal — inevitavelmente haverá períodos em que um ou dois dos domínios predominará à revelia. De fato, cada sucessiva perspectiva subjetiva organizadora requer a precedente como precursora. Uma vez formados, os domínios permanecem para sempre como formas distintas de experienciar a vida social e o eu. Nenhum deles está perdido para a experiência adulta. Eles simplesmente tornam-se mais elaborados. É por essa razão que foi escolhido o termo *domínios* do relacionar-se, ao invés de *fases* ou *estágios*(14).

A situação de desenvolvimento descrita é retratada na Figura 2.2.

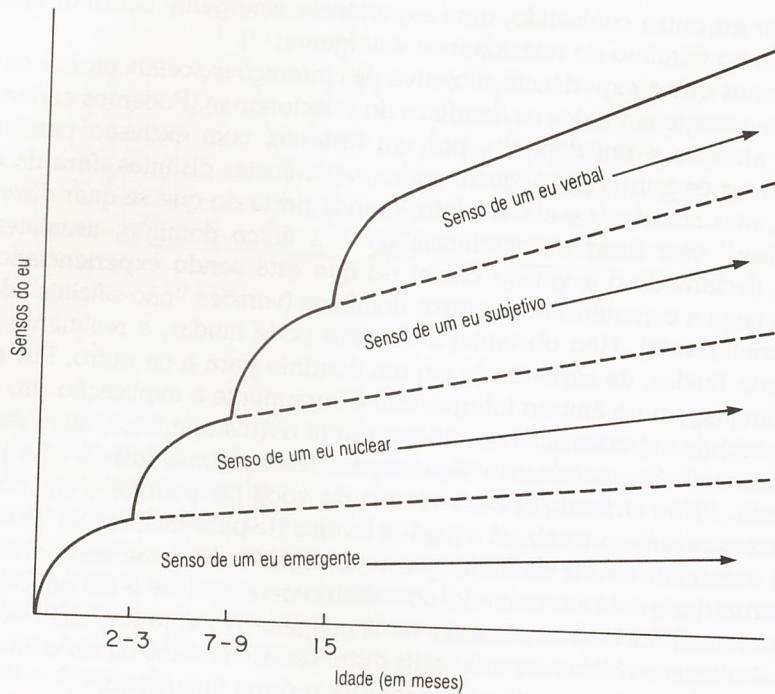


Figura 2.2.

Nós, agora, podemos voltar à questão dos períodos suscetíveis. Parece que o período inicial de formação de muitos processos psicológicos (e neurológicos), que se desenvolvem, é relativamente sensível no sentido de que um evento que ocorreu cedo terá um impacto maior e sua influência será mais difícil de reverter do que um evento que ocorreu mais tarde. Esse princípio geral, presumivelmente, se aplica à fase formativa de cada senso de eu. O momento das fases formativas está esquematizado na Figura 2.3.

Essa visão nos permite considerar a fase formativa de cada senso de eu como um período suscetível. As implicações clínicas de agir assim serão consideradas nos Capítulos 9 e 11.

O que acontece às importantes questões de autonomia, oralidade, simbiose, individuação, confiança, apego, domínio, curiosidade e assim por diante — as questões que ocupam um palco central na criação terapêutica do bebê clínico? Essas questões clínicas não saem de cena. Elas simplesmente cedem seu papel como organizadoras primárias da experiência subjetiva aos senso de eu em mudança. As questões clínicas do curso de vida, tais como autonomia e apego, são trabalhadas igualmente em todos os domínios do relacionar-se que estiverem disponíveis em qualquer momento dado. Durante

cada fase formativa do relacionar-se, a arena da ação interpessoal em que as questões se completam irá mudar conforme o eu e o outro forem sentidos como diferentes. Da mesma maneira, diferentes formas da mesma questão do curso de vida se desenvolvem em sucessão: por exemplo, a intimidade física durante o relacionar-se nuclear, intimidade subjetiva (empática) durante o relacionar-se intersubjetivo e a intimidade de significados compartilhados durante o relacionar-se verbal. Assim, cada questão clínica do curso de vida tem sua própria linha de desenvolvimento, e em cada domínio do relacionar-se é feita uma contribuição levemente diferente a essa linha de desenvolvimento(15).

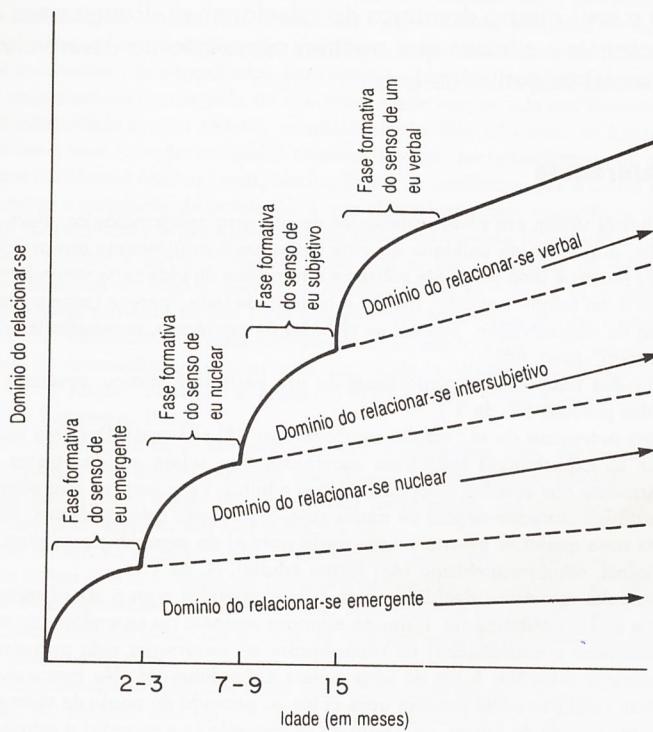


Figura 2.3

Em resumo, a vida social subjetiva do bebê será vista como possuindo as características seguintes. O bebê é dotado com capacidades observáveis que amadurecem. Quando elas se tornam disponíveis, são organizadas e transformadas, em saltos mentais importantes, em perspectivas subjetivas organizadoras em relação ao senso de eu e outro. Cada novo senso de eu define a formação de um novo domínio do relacionar-se. Embora esses domínios do

relacionar-se resultem em mudanças qualitativas na experiência social, elas não são fases; ao contrário, são formas de experiência social que permanecem intactas por toda vida. Não obstante, sua fase inicial de formação constitui um período suscetível de desenvolvimento. A experiência social subjetiva resulta da soma e integração da experiência em todos os domínios. As questões clínicas básicas são vistas como questões para toda vida e não como questões de fases de desenvolvimento. É feita uma contribuição diferente à ontogenia das linhas de desenvolvimento de todas as questões clínicas, na medida em que emerge cada domínio da auto-experiência.

Com isto como o ponto de partida e abordagem, podemos passar para a próxima seção deste livro, para um exame mais minucioso dos quatro senso de eu e seus quatro domínios do relacionar-se. Reuniremos as evidências observacionais e clínicas que apóiam essa visão do desenvolvimento da experiência social subjetiva do bebê.

Notas de referência

- 1 – Os dois bebês vivem em níveis diferentes do discurso epistemológico. Para Schafer, por essa razão, a questão da validade de uma narrativa é estritamente um problema interno. A questão jamais é uma pergunta sobre se a narrativa de vida seria verdadeira, em termos observáveis, no tempo passado, mas se a história de vida "parece (para o narrador), após cuidadosa consideração, possuir as virtudes de coerência, consistência, abrangência e senso comum" (pág. 46).
- 2 – O espírito dos tempos: o espírito geral de um período histórico, revelado nas idéias e crenças das pessoas (N. da T.).
- 3 – Os perigos potenciais de se "adulto-morfogenizar"(*) são reais. Por essa razão, é importante que as experiências subjetivas escolhidas não sejam aquelas vistas exclusiva ou particularmente nos estados psicopatológicos adultos, nem aquelas que vêm a ser aceitáveis e razoáveis somente depois de muita auto-exploração psicodinâmica. Elas devem ser aparentes para qualquer pessoa e uma parte normal da experiência comum.
* No original, *adultomorphizing* (dar forma adulta). N. da T.).
- 4 – Mesmo aqueles que estão decididamente comprometidos com a abordagem da psicofarmacologia terão, basicamente, (quando avanços maiores no entendimento neuroquímico forem realizados e assimilados) de reconfrontar ou confrontar pela primeira vez o nível da experiência subjetiva à luz de seus novos entendimentos. No momento, o nível da experiência subjetiva pode parecer uma coisa do passado do ponto de vista químico, mas logo ele será a onda do futuro, se e quando (e somente se e quando) a psiquiatria química cumprir sua promessa.
- 5 – É claro que o mesmo pode ser dito a respeito de qualquer diáde de bebê e cuidador. Por todo este livro, "mãe", "progenitor", e "cuidador" são geralmente utilizados de modo intercambiável para referir-se ao cuidador primário. Da mesma forma, "a diáde" indica o bebê e o cuidador primário. As exceções serão bastante óbvias: referências à amamentação, a casos específicos e à pesquisa enfocando o comportamento materno.
- 6 – Messer e Vietze (no prelo) destacam que os padrões diádicos de olhar tornam-se bem menos reguladores da interação por volta de um ano, quando os bebês adquiriram outras maneiras (tal como a locomoção) de regular a interação e seu próprio nível de tensão.
- 7 – Poderíamos argumentar que somente depois dos doze meses os bebês realmente possuem suficiente intencionalidade, permanência de objeto e outras capacidades cognitivas para

tornar significativa a noção de autonomia ou independência. Mas também poderíamos argumentar que somente após os dezoito ou vinte e quatro meses, os bebês realmente possuem funções simbólicas ou autoconsciência suficiente para tornar essas noções significativas. Ambos os argumentos foram colocados.

- 8 - Sameroff (1983) oferece um modelo de teoria de sistemas para explicar a interação entre a sociedade e a diáde progenitor-bebê na determinação da "predominância" de uma questão, isto é, como os eventos em nível societal podem tornar uma questão mais saliente para a diáde.
- 9 - Pine (1981) ofereceu uma explicação de compromisso para o fato comumente observado pelas mães de que os bebês estão "em" muitas fases clínicas de questão específica ao mesmo tempo (por exemplo, o apego, embora se tornando autônomo, embora desenvolvendo competência). Ele sugere que o bebê tem muitos "momentos" significativos em qualquer dia ou hora quando diferentes questões clínicas estão dominantes. O problema com essa solução é duplo. Os "momentos" significativos parecem ser escolhidos parcialmente com base na preconcepção a respeito da fase predominante (isto é, circularmente) e tais momentos são organizados em volta de experiências de alta intensidade. A capacidade organizadora privilegiada de alta-intensidade comparada aos momentos de média ou baixa intensidade é uma questão empírica aberta. Não obstante, as impressões que levaram Pine a essa solução particular atestam o amplo reconhecimento do problema.
- 10 - Um dos problemas com as previsões implícitas ou explícitas, que a teoria psicanalítica tem feito sobre a ontogenia da patologia, é que elas talvez sejam específicas demais. O pensamento recente sobre a psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti e Schnieder-Rosen, no prelo; Sroufe e Rutter, 1984) enfatiza que as manifestações de patologia podem ser muito diferentes em idades diferentes. Atualmente se pensa que as questões do desenvolvimento mais normais sofrem uma considerável transformação na manifestação através das idades. Essa tem sido uma impressão crescente a respeito do paradoxo da descontinuidade do desenvolvimento dentro da continuidade (Waddington, 1940; Sameroff e Chandler, 1975; Kagan, Kearsley e Zelazo, 1978; McCall, 1979; Garmenzy e Rutter, 1983; Hindle e Batenson, 1984).
- 11 - A teoria do apego é tanto normativa quanto prospectiva. Mas, de modo interessante, ela está provando ser especificamente preditiva — e seguramente preditiva — de comportamentos posteriores, alguns dos quais são patológicos. (os achados de pesquisa serão discutidos com detalhes nos Capítulos 5 e 9).
- 12 - O senso de um eu nuclear inclui os fenômenos que estão contidos no termo "ego corporal" da forma como é usado na literatura psicanalítica. Contudo, ele inclui mais do que isso, e é conceitualizado diferentemente, sem recorrer ao ego entidade. Os dois não são exatamente comparáveis. Ele é mais do que um esquema sensório-motor, uma vez que inclui aspectos afetivos.
- 13 - Essas experiências emergentes estão descritivamente dissociadas das perspectivas organizadoras. No entanto, elas não são produto da "dissociação", como um processo psíquico definido pela psicanálise, mas do que o é a impressão inicial de um aspecto isolado de um trabalho de arte visto de modo contemplativo.
- 14 - "Domínios" parece preferível a "níveis", porque "níveis" implica em um *status hierárquico* que é ontogeneticamente acurado, mas não se refere necessariamente à esfera da vida social, conforme experienciada subjetivamente.
- 15 - Esse tratamento de linhas de desenvolvimento é uma versão extrema da mesma idéia proposta por A. Freud (1965). No entanto, ela não abandonou completamente a noção da especificidade da fase libidinal. A presente sugestão é uma rejeição dessa noção. Aqui, todas as questões clínicas se tornam linhas de desenvolvimento e nenhuma questão escondida ou basicamente clínica permanece fixa em qualquer época dada do desenvolvimento.